

# CASO 1

Fractura diafisaria distal oblicua corta de cúbito y radio

Luis González Morales  
Acred. AVEPA Traumatología y Ortopedia  
Centro Veterinario Ramón Gómez de la Serna  
luisongonmor@yahoo.es

## CASO CLINICO

“Pipa”, Yorkshire Terrier, hembra, no castrada, de 6 meses de edad y 2 kg de peso. Se presenta en consulta porque a la nieta se le ha caído de los brazos y no apoya la extremidad anterior izquierda. Durante exploración física se detecta mucho dolor y crepitación en área distal del antebrazo. En el estudio radiológico (imagen 1 y 2) se detecta fractura diafisaria distal oblicua corta de cúbito y radio.



Imagen 1



Imagen 2

# TRATAMIENTO

Mediante un abordaje medial ( preferible al abordaje dorsal para evitar coincidir la herida quirúrgica con los implantes) accedemos al foco de fractura. Hay que evitar dañar la vena cefálica y los tendones del M.extensor carporadial y abductor largo del primer dedo, posteriormente se procede a su reducción y aplicación de una placa estándar de neutralización de 8 orificios para tornillos de 1.5 y/o 2 mm de diámetro (imagen 3 y 4). Utilizamos los tornillos de 2 mm de grosor en el área más distal del radio donde su mayor anchura nos permite su uso. Tratamiento postoperatorio con meloxicam y amoxicilina / Ac. clavulánico 1 semana y tramadol 4 días.



Imagen 3



Imagen 4

## EVOLUCIÓN

A las 48 horas post- cirugía hay apoyo con carga . A los 10 días post cirugía se quitan los puntos y se observa un apoyo completo de la extremidad. Se decide en consecuencia hacer control radiográfico a los 30 días post-cirugía (imagen 5 y 6) donde se observa una consolidación completa del radio ( imagen 7).



Imagen 5



Imagen 6



Imagen 7

Control radiológico 6 meses post-cirugía (imagen 8 y 9).



Imagen 8



Imagen 9

## COMENTARIOS

Las fracturas de cúbito y radio en perros de tamaño mini (1 a 3 kg de peso) hay que tratarlas como fracturas complejas debido a:

1. No hay segundas oportunidades, son huesos muy pequeños, un mal brocaje nos puede condenar al fracaso.
2. Respeto absoluto de los vasos sanguíneos y manejo exquisito de los tejidos blandos, son áreas anatómicas con pobre vascularización. Un daño excesivo del aporte sanguíneo puede provocar una resorción del tejido óseo y por lo tanto conducirnos a la amputación de la extremidad.
3. Poca cobertura de tejidos blandos, realizar abordaje medial para evitar coincidir la herida quirúrgica con los implantes disminuyendo así las posibilidades de una mala cicatrización del tejido blando y por tanto la exposición de los mismos.
4. En el caso de aplicación de fijación esquelética externa es prioritario elegir el paciente adecuado, animales en crecimiento, sin desplazamiento severo de la fractura y siempre a “cielo cerrado”, así como el uso de agujas de Kirschner de muy bajo calibre para evitar en la medida de lo posible la resorción ósea.
5. Hay que tratar de solucionar la fractura al primer intento. Las fracturas de cúbito y radio en perros miniatura llevan mal segundas intervenciones.
6. Yo soy de la opinión de no retirar los implantes, y en el caso de que fuera necesario (pérdida de densidad ósea o fístulas por infección crónica de bajo grado) hacerlo de forma secuencial. La retirada completa de los implantes en una sola intervención provoca en muchas ocasiones la re-fractura.